

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

WAGNER HENRIQUE KRUTA DE ARAÚJO

**CONDICIONANTES COMPORTAMENTAIS DE SOBREPESO E OBESIDADE EM
ADOLESCENTES:**

Uma análise à luz do Marketing Social

JOÃO PESSOA - PB
FEVEREIRO 2015

WAGNER HENRIQUE KRUTA DE ARAÚJO

**CONDICIONANTES COMPORTAMENTAIS DE SOBREPESO E OBESIDADE EM
ADOLESCENTES:
Uma Análise à Luz do Marketing Social**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Serviço de Estágio
Supervisionado em Administração (SESA), do
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da
Universidade Federal da Paraíba, como pré-
requisito para a obtenção do grau de Bacharel
em Administração.

Orientador: Prof. Francisco José da Costa, Dr.

João Pessoa – PB
Fevereiro 2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A663c Araújo, Wagner Henrique Kruta de.

Condicionantes comportamentais de sobrepeso e obesidade em adolescentes: uma análise à luz do marketing social. / Wagner Henrique Kruta de Araújo. – João Pessoa: UFPB, 2015.
46f.;il

Orientador (a): Prof.^o Dr. Francisco José da Costa.
Monografia (Graduação em Administração) – UFPB/CCSA.

1. Marketing social. 2. Obesidade em adolescentes.
3. Condicionantes Comportamentais. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU: 658.8:612.3-053.6

Ao Professor Francisco José da Costa, para se pronunciar sobre o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno Wagner Henrique Kruta de Araújo.

João Pessoa, 05 de fevereiro de 2015.

Prof.^a. PAULA LUCIANA BRUSCHI SANCHES, Dr.^a
Coordenadora do SESA/CCSA/UFPB

Parecer do Professor Orientador:

WAGNER HENRIQUE KRUTA DE ARAÚJO

**CONDICIONANTES COMPORTAMENTAIS DE SOBREPESO E OBESIDADE EM
ADOLESCENTES:**

Uma análise à luz do marketing social

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Francisco José da Costa/UFPB

Prof^a. M.Sc. Gabriela Tavares dos Santos/UFPB

*Aos meus familiares, pelo incentivo
que sempre me deram em busca do
conhecimento; pelos ensinamentos, que
levarei comigo ao longo dos meus dias; e
pelo amor, que só vocês poderiam me dar.
Dedico.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Sua infinita graça e misericórdia. Por ter me dado forças, sabedoria e inteligência para chegar ao final deste trabalho. Muito obrigado, Senhor!

Aos meus pais, Ivone e José, por terem me proporcionado todas as condições necessárias para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus demais queridos familiares Ana Carolina, Nívia Cecília, Dadá, Weldon, Pedro e Caroline pelo incondicional apoio, incentivo e amizade sempre demonstrados que sei que é para toda a vida.

Ao meu professor orientador, Franzé Costa, por acreditar apesar de meus tropeços, pelo incentivo, pelo apoio, pelas orientações e por todo o conhecimento transmitido.

Aos meus queridos amigos, por me ensinarem que a amizade se constrói com tempo e dedicação.

Aos meus professores, pelos ensinamentos transmitidos ao longo da vida.

*“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam
reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e
corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar
por tentar do que errar por se omitir!”*

Augusto Cury

RESUMO

No mundo, 500 mil pessoas estão em estado de obesidade. No Brasil, a frequência com que se encontra pessoas com excesso de peso dobrou de 1989 a 2009, indo de 10% para 20%, respectivamente. Esta pesquisa foi realizada em João Pessoa que está entre as seis capitais brasileiras de maior incidência de pessoas com obesidade. Desta forma, este estudo busca compreender os hábitos condicionantes de comportamento que determinam o consumo alimentar potencialmente gerador de sobrepeso e obesidade em adolescentes. Para tanto, foi realizada uma pesquisa que se classifica como quantitativa descritiva cujos resultados foram alcançados a partir da aplicação de um questionário aplicado em adolescentes compreendidos na faixa etária de 12 a 17 anos, no qual os adolescentes foram indagados sobre: o tipo de alimentação que fazem enquanto estão na escola, em casa e em outros locais no dia a dia deles; sobre a frequência com que praticam esportes e o tempo gasto com o uso de aparelhos eletrônicos e de mídias; e sobre os hábitos alimentares enquanto crianças, vista a licenciosidade dos pais deles. Portanto, o presente estudo tenta conhecer melhor os adolescentes e o que concerne os hábitos alimentares e de atividade física, pois estes são dois tipos de hábitos e a frequência com que eles ocorrem levam ao ganho, manutenção ou perda de peso. Para a análise dos dados da pesquisa foram realizadas as análises de medida descritiva de tendência central (média) com o apoio do software SPSS. Percebemos então que está havendo erros de comportamentos no que se refere aos hábitos dos adolescentes. Este é um típico problema de saúde pública que poderá ser solucionado com as ferramentas do marketing social. Dentre os principais resultados, obtém-se que dos adolescentes 27% estão com sobrepeso e 6% estão na condição de obesidade; os adolescentes têm gasto o tempo livre navegando na internet (quase 7 horas por dia), inviabilizando a prática esportiva regular por não restar tempo livre para tal; alimentos calóricos têm sido, frequentemente, consumidos pelos adolescentes. Estes são alguns dos hábitos de risco praticados pelos adolescentes que acarretam no ganho de peso.

Palavras-chave: Marketing social. Obesidade em adolescentes. Condicionantes comportamentais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fatores condicionantes para o sobrepeso e obesidade em adolescentes	18
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 MARKETING SOCIAL COMO PROMOTOR DA MUDANÇA SOCIAL	13
2.2 PROBLEMÁTICAS DA SAÚDE PÚBLICA: OBESIDADE	14
2.3 FATORES QUE CONDICIONAM À OBESIDADE EM ADOLESCENTES.....	16
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 TIPO DE PESQUISA	20
3.2 LOCAL DA PESQUISA	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	21
3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA	21
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	22
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
4.1 FASE DESCRITIVA	24
4.2 NÍVEL DE PESO	25
4.3 CONDICIONANTES COMPORTAMENTAIS	26
4.3.1 ALIMENTAÇÃO	27
4.3.2 USO DE ELETRÔNICOS E MÍDIA	29
4.3.3 SEDENTARISMO	30
4.3.4 HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS	31
4.5 ANÁLISE CRUZADA DOS RESULTADOS	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICE	45

1 INTRODUÇÃO

O crescente número de atendimentos em decorrência das patologias geradas pelo excesso de peso leva ao aumento dos gastos públicos e a sobrecarga da rede de saúde pública (EBBELING, 2002). O excesso de peso é um problema de saúde pública que pode ser amenizado por meio da intervenção contra o comportamento desfavorável da sociedade em questão, para que haja mudanças positivas em seu quadro.

A obesidade tem se mostrado como um dos problemas de saúde pública mais recorrentes, tendo em vista os diversos efeitos prejudiciais causados na população, inclusive sendo caracterizada como uma epidemia (RODRIGUES, 2013). Inclusive, é tratada como uma condição que acarreta em diversas outras doenças respiratórias, cardiovasculares, ósseas, diabetes, entre outras. (FRANCISCHI *et al*, 2001).

O aumento de peso é um problema que tem impactado todo o mundo. Entre 1980 e 2008, a frequência de obesidade passou para 12% da população mundial, ou seja, meio bilhão de pessoas se enquadram neste perfil (BOERMA, 2012). De acordo com o IBGE (2010), a frequência de sobrepeso e obesidade mais que dobrou entre os anos 1989 e 2009 em todo o Brasil. Em 1989, 7,7% dos homens e 13,9% das mulheres estavam com excesso de peso, enquanto que mais recentemente, em 2009, 21,7% dos homens e 19,4% das mulheres encontravam-se na condição de excesso de peso (VIGITEL, 2011). No âmbito regional, João Pessoa é uma entre as seis capitais brasileiras com maior índice de obesidade entre os adultos. Em entrevistas realizadas com os moradores da cidade de João Pessoa no ano de 2012, 51% consideram-se obesos (VIGITEL, 2011). Tais números expõem um quadro que demanda atenção na minimização das consequências sociais e físicas e das doenças provindas do excesso de peso.

A obesidade e o sobrepeso são ocasionados pelo excesso de tecido adiposo presente no organismo, resultante da quantidade de calorias ingeridas ser maior do que o gasto energético do indivíduo. De maneira geral, o acúmulo de gordura é causado pela alimentação inadequada, pelo uso abusivo dos novos aparelhos tecnológicos e pela diminuição de atividade física, o que ocasiona a elevação da massa corpórea e as consequentes doenças provindas destes maus hábitos (SIQUEIRA, 2009).

O excesso de peso é uma predisposição que induz os indivíduos a manifestar diversas outras enfermidades. A obesidade e o sobrepeso na adolescência associam-se a vários problemas, prevalecendo as consequências deletérias psicossociais, a persistência de

obesidade na idade adulta e o acompanhamento de comorbidadesⁱ. Segundo Gomes *et al* (2013), os jovens (crianças e adolescentes) obesos, tem grande chance de permanecerem com este quadro até a fase adulta. Segundo Viuniski (2000), 50% das crianças obesas aos 6 meses de vida e 80% daquelas aos 5 anos, serão sempre obesas. Um adolescente obeso tem mais de 70% de chance de se tornar um adulto obeso.

Sendo assim, abordaremos os fatores primários causadores de obesidade, ou seja, os fatores comportamentais que levam a esta condição e deixando de lado os fatores secundários que são os fatores genéticos e psicossociais, pois estes dois últimos são responsáveis por apenas 5% das causas de excesso de peso, enquanto que os fatores comportamentais são responsáveis por 95%.

A obesidade e o marketing gerencial aplicado pelas organizações privadas estão inversamente relacionados ao consumo sustentável, como explica Dolan em Costa (2013) se caracteriza pelo uso de bens e serviços para atender às necessidades básicas dos indivíduos. Nesse contexto de aplicação da tecnologia de marketing, a elevação do consumo é promovida pela elevação do fluxo de capital, movimentando assim a cadeia econômica, ao mesmo tempo em que este consumo desenfreado acarreta em distúrbios sociais, ao meio ambiente e à saúde das pessoas.

Por outro lado, o marketing social surge como a aplicação das técnicas gerencialistas de marketing para privilegiar ou disseminar práticas de consumo responsável, seja de recursos naturais, seja de alimentos, na tentativa de evitar problemas que o consumo desenfreado pode gerar. Com o foco na mudança de comportamento de sujeitos e comunidades, a aplicação do marketing social surge como uma ferramenta capaz de promover a superação de problemas de saúde pública (ANDREASEN, 2006). Na medida em que agencia o bem-estar da sociedade, o marketing social oferta alternativas para conhecer o público-alvo, entender as causas dos problemas sociais e perceber o que é necessário para que a mudança comportamental seja efetiva em favor de uma conduta saudável dos indivíduos-alvo. Do ponto de vista de marketing social, é necessária uma concentração na identificação das questões fundamentais em que os comportamentos de indivíduos específicos podem se mover em direção à solução de um problema.

Dessa forma, o crescente aumento do número de obesos, os riscos físicos e psicológicos, os danos à rede de saúde e a necessidade de reverter o atual quadro relacionado com o excesso de peso, se aplica a um estudo à luz do marketing social. Com o objetivo de entender as causas para a obesidade entre jovens de doze a dezessete anos e o que interessa a

este público para adesão de um comportamento alimentar mais saudável.

A partir do exposto se faz necessário buscar respostas ao seguinte problema de pesquisa: Quais os principais fatores condicionantes de comportamento para a prevalência do excesso de peso em adolescentes e como estes fatores interagem na formação de comportamentos de consumo alimentar que propiciam a obesidade?

1.1.OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral desta pesquisa é identificar os principais fatores condicionantes de comportamento que determinam o consumo alimentar potencialmente gerador de sobrepeso e obesidade em adolescentes e com que frequência eles se repetem.

Além deste, esta pesquisa tem como objetivos específicos: a) Compreender, a partir da revisão da literatura, as dimensões comportamentais que orientam os adolescentes ao comportamento de consumo de alimentos que gerem, potencialmente, obesidade, sob a ótica do marketing social e b) Verificar empiricamente junto aos adolescentes como os diferentes fatores comportamentais que influenciam o ganho de peso se configuram nos comportamentos apresentados e declarados por eles.

1.2 JUSTIFICATIVA

Segundo Lefebvre e Flora (1988), o marketing social preocupa-se com o uso de uma orientação para o consumidor, utilizando e desenvolvendo técnicas do marketing de negócios e com ênfase nos produtos não tangíveis como ideias, atitudes, estilos de vida, cuidados de saúde e de serviços sem fins lucrativos, encaixando-se com a temática e objetivos deste estudo.

O marketing social vem sendo escolhido para temáticas de saúde pública por contribuir para a consolidação de mudanças comportamentais duradouras a partir da conscientização dos indivíduos. Cheng, Kotler e Lee em 2011 publicaram uma coletânea de estudos realizados em todo o mundo que tratam da melhoria da saúde pública a partir do marketing social, entre os temas abordados estavam a redução do uso do tabaco, promoção de atividades físicas, campanhas anti-HIV/AIDS, prevenção da tuberculose, da obesidade, da hepatite B entre outros. Andreasen (2002) e Chance (2009) relatam em suas pesquisas que o

foco no cliente tem sido aplicado em questões de saúde pública e vêm obtendo sucesso continuamente a partir da utilização de ferramentas do marketing social.

Pesquisas de marketing social realizadas no país também vêm se interessando por essa área a exemplo dos trabalhos desenvolvidos por Barboza (2012) e Barboza e Costa (2014) envolvendo a temática de doação de sangue, neles uma conclusão central é de que a desinformação atua como barreira à atitude de doação sanguínea e a necessidade do melhoramento da educação no que se refere ao processo de doação de sangue e um esforço de comunicação que possa dirimir as barreiras associadas a fatores de medo e desinformação se faz necessário. O trabalho realizado por Bastos (2013) sobre o consumo de bebidas alcoólicas por jovens conclui que a referência social (familiares e amigos), sociabilidade e satisfação pessoal influenciam na predisposição do consumo de bebidas alcoólicas. Estes trabalhos objetivaram aprofundar o conhecimento destes públicos em prol do aperfeiçoamento das ações de órgãos públicos à luz do marketing social.

Assim, esta proposta adota o marketing social para conhecer o comportamento dos adolescentes ao que se refere aos hábitos comportamentais que influenciam o ganho de peso a fim de dar subsídios para campanhas de conscientização da doença, visando a mudança de comportamento necessária a ser adotada pelo público alvo, diminuindo a incidência de pessoas com excesso de peso e a consequente melhoria da qualidade de vida e diminuição da quantidade de mortes relacionadas a essa condição.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item é exposto o referencial teórico da pesquisa, nele é apresentada a perspectiva do marketing social, o conteúdo acerca do sobrepeso e obesidade e os condicionantes de comportamento em adolescentes para as condições de excesso de peso.

2.1 MARKETING SOCIAL COMO PROMOTOR DA MUDANÇA SOCIAL

Os problemas sociais existem nas diferentes partes do globo. Segundo Andreassen (2006) os problemas sociais divergem de um lugar para outro de acordo com o grau de desenvolvimento. São exemplos de adversidades encontradas em regiões desenvolvidas: a violência no trânsito, o excesso do uso de celulares, os problemas de abuso sexual infantil, as questões sobre o consumo de álcool, o excesso de peso; enquanto que, nas regiões em desenvolvimento, as adversidades mais frequentes são: a fome, a pobreza, a violência, o crime organizado, além da diversidade das doenças transmissíveis.

De forma geral, apesar da origem distinta dos problemas sociais, as suas adversidades poderiam ser melhor gerenciadas pela aplicação correta das ferramentas do marketing social. Ainda segundo Andreassen (2006), é possível evitar que os indivíduos adquiram comportamentos que possam prejudicar a si mesmos ou à comunidade na qual estão inseridos, usando os instrumentos do marketing social. O objetivo dele é, tipicamente, a adoção do comportamento desejado que beneficie a sociedade. Para isso, deve-se influenciar o público-alvo a abandonar um hábito indesejável, manter ou aumentar a frequência com que um hábito esperado é executado, como, por exemplo, aumentar a frequência da execução de exercícios físicos e diminuir a ingestão de alimentos excessivamente calóricos.

Segundo Lefebvre (2009 e 2013), o marketing tradicional é bastante eficiente no ambiente comercial e suas ferramentas podem ser igualmente bem aproveitadas no âmbito da saúde pública como forma de resolução dos problemas sociais. Além disso, o uso de princípios e práticas de marketing no setor privado demonstrou ser uma das fontes mais importantes de sucesso na resolução do principal problema dos negócios: alcançar o sucesso organizacional, ou seja, o lucro, através da ideologia da satisfação dos clientes e entender o que eles precisam.

Ainda segundo Lefebvre (2009 e 2013), o marketing vai além da publicidade e quando aplicado corretamente, torna-se uma forma de gestão que estrutura a relação entre os

consumidores e as partes interessadas dos produtos e serviços oferecidos, estruturando os incentivos e os custos associados para a mudança para o comportamento desejado e a melhor forma de promovê-lo ao público-alvo. Sendo assim, o marketing tradicional tem muito a oferecer à saúde pública, planejando e implementando programas destinados à reversão dos problemas ambientais e sociais, promovendo o bem-estar individual e coletivo.

Um dos maiores desafios para os gestores de marketing social é o de convencer o público alvo de adotar o hábito desejado de modo voluntário. Deve-se fazer com que o público-alvo da ação social perceba as consequências positivas do hábito promulgado e as consequências negativas dos comportamentos que prejudiquem a comunidade. Para isso, Kotler e Lee (2011) afirmam que um esforço de marketing social começa com uma pesquisa de mercado que visa compreender o público com que a campanha pretende alcançar. Para tanto, é preciso entender os segmentos de mercado, a cultura, as crenças e os problemas para alcançarmos os objetivos traçados.

2.2 PROBLEMÁTICAS DA SAÚDE PÚBLICA: OBESIDADE

De forma geral, as causas para alcançar o quadro de sobrepeso e obesidade podem variar entre fatores genéticos e ambientais (OMS, 2009), e pode se manifestar em indivíduos de qualquer idade (FISBERG, 1995). Na literatura, há um consenso em relação a questão da obesidade ser um problema de saúde pública com caráter epidêmico devido ao aumento de sua incidência no mundo (ROSANELI. *et al.*, 2012; GUIMARÃES, *et al.*, 2012; BERNARDO, *et al.*, 2010; OLIVEIRA, *et al.*, 2003; REIS *et al.*, 2011). Esta epidemia é tida como a mais relevante desordem nutricional, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, devido ao aumento de sua incidência (WANDERLEY *et al.*, 2010).

A obesidade em crianças e adolescentes é mais difícil de combater do que quando esta condição se dá apenas na fase adulta. Segundo Christófaró (2011), nestas fases da vida ocorrem a configuração do tecido adiposo (conjunto de células que armazenam gordura) e também é quando, naturalmente, ocorre o aumento do número de células deste tecido. Ainda segundo Christófaró (2011), nestes estágios de vida, acontecem o aumento do volume celular e do conteúdo adiposo. Estes fatos mostram a gravidade da obesidade nos primeiros estágios da vida, pois são nelas em que são configuradas as características das células do tecido adiposo que as crianças e adolescentes levarão por toda a vida.

A Organização Mundial da Saúde (2009) entende que a obesidade é decorrente da

relação entre a ingestão calórica e os gastos energéticos de um indivíduo. De fato, os padrões de consumo e o estilo de vida contemporâneo tem contribuído para a ascensão dessa doença através da falta de tempo para exercícios, e principalmente, pela necessidade de alimentação rápida. Barros (2004) explica que os fatores ambientais estão relacionados com o comportamento dos indivíduos e os fatores psicológicos, sociais e econômicos.

Mundialmente, é utilizado o índice de massa corpórea para constatação de sobrepeso e obesidade (COLE *et al.*, 2000), sendo esta a maneira mais frequente para traçar os pontos de corte relacionados ao peso. Desta forma, entende-se como sendo uma pessoa com sobrepeso, o indivíduo adulto que possui IMC de 25 a 29,9 e o ponto de referência para o indivíduo com obesidade é o que apresentar IMC a partir de 30 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A título de conhecimento, a fórmula para o cálculo do índice de massa corpórea está exposta na equação (1). Em Eq.(1), o índice de massa corpórea é calculado dividindo-se a massa corporal do indivíduo (quilo) pela altura dele elevada ao quadrado (metro). Obtendo-se um valor maior ou igual que 30,1Kg/m² para homens adultos ou 30,2Kg/m² para mulheres adultas, considera-se que estes indivíduos estão na condição de obesidade (GOMES, A. L. G.; *et al.*, 2013).

$$IMC = \frac{P}{h^2} \quad (1)$$

Para o diagnóstico de obesidade em adolescentes são utilizados os critérios desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (2009), demonstrados na Tabela 1:

Tabela 1 - Pontos de corte de IMC para sobrepeso e obesidade, por idade.

Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)			
	Masculino		Feminino	
	Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade
12	21.6	26.4	22.1	27.2
13	22.3	27.2	23.0	28.2
14	23.0	28.0	23.7	28.9
15	23.6	28.6	24.2	29.3
16	24.2	29.1	24.5	29.6
17	24.7	29.7	24.8	29.8

Fonte: Adaptado de OMS 2009.

Na Tabela 1 são apresentados os valores de IMC base usados para classificação de adolescentes entre 12 e 17 anos e separados por gênero. A partir dela, é considerado que o adolescente atingiu a condição de obesidade quando está com valor de IMC igual ou superior ao demonstrado na tabela 1.

A população brasileira tem engordado e com isso, o tratamento de doenças relacionadas à obesidade e ao sobrepeso custam R\$ 3,57 bilhões por ano aos cofres públicos com atendimentos de ambulatório e internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (VIANNA *et al.*, 2012). Na atualidade, 48,5% da população está com sobrepeso e 15,8% estão obesos (VIGITEL, 2011) e os danos aos cofres públicos elevaram-se para 488 milhões (OLIVEIRA, 2013). A título de comparação, atualmente, o consumo de cigarro está estagnado em 15% da população, o que denota o alto nível de complexidade do problema da obesidade, haja vista sua frequência na população e a incapacidade de controle na alimentação da população. Além disso, os aspectos que envolvem a alimentação, geralmente, são reflexos dos hábitos de vida de uma família, elemento este de cunho íntimo.

2.3. FATORES QUE CONDICIONAM À OBESIDADE EM ADOLESCENTES

Como exposto anteriormente, a obesidade é um problema que atinge toda a população, mas particularmente, a obesidade infantil e em adolescentes tem aumentado sua incidência em várias partes do mundo (DAMIANI, *et al.*, 2001).

É dito que os fatores para a obesidade podem ser de origem primária ou secundária. Quanto à origem primária, os condicionantes para a obesidade são em decorrência da alimentação e a hábitos sedentários. Quanto à origem secundária, são condicionantes para a obesidade a genética, as disfunções neurológicas e a ingestão medicamentosa (MARCONDES, *et al.*, 2003; SWINBURN *et al.*, 1999).

Neste estudo, a proposta é abordar os fatores primários (fatores comportamentais) que são influenciadores de 95% dos casos de obesidade. (MARCONDES *et al.*, 2003; SWINBURN *et al.*, 1999). A obesidade na adolescência eleva a probabilidade de continuar a ser obeso na idade adulta (CHRISTÓFARO *et al.*, 2011; MARCONDES *et al.*, 2003), leva a distúrbios psicossociais (MARCONDES *et al.*, 2003; PINHEIRO *et al.* 2004), além de distúrbios cardiovasculares, respiratórios e dermatológicos (MARCONDES *et al.*, 2003; WANDERLEY *et al.*, 2010).

Anjos (2006) e Wanderley (2010) relataram sobre os hábitos alimentares cotidianos e

como eles influenciam no ganho de peso. Segundo os autores, o excesso de peso nos brasileiros está relacionado com a ingestão de alimentos fora de casa, ainda assim, tem sido contribuinte para este quadro a alimentação com comida rica em carboidratos e açúcares ofertados pelo crescente aumento da indústria de *fastfood* e alimentos industrializados. Pinheiro (2004), corrobora com os estudos ao afirmar que a diminuição da ingestão de fibras e o aumento do consumo de gordura e açúcares têm contribuído para o aumento de peso nas pessoas.

Um outro fator influenciador para a condição de sobrepeso e obesidade em adolescentes está nos hábitos alimentares das crianças e adolescentes dentro da escola. Em relação às escolas públicas, existem programas como o Programa Saúde na Escola (PSE) que visa a redução da ingestão de açúcares e sal na merenda distribuída às crianças (GOMES *et al.*, 2013). Enquanto isso, as escolas particulares por atenderem alunos com maior poder aquisitivo ofertam com frequência alimentos industrializados, que em sua maioria são excessivamente calóricos, influenciando o aumento de peso em adolescentes (MENDONÇA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que a obesidade é oriunda do desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético. E por esta razão, o sedentarismo está associado com o sobrepeso e à obesidade. Neste sentido, Pinheiro *et al* (2004) afirmam que um dos fatores influenciadores para o ganho de peso é o padrão de atividade física.

Na pesquisa realizada por Silva (2007), fica evidente a importância da atividade física para o gasto energético e sua contribuição para a diminuição de peso ou a manutenção do peso ideal do indivíduo. Nesta pesquisa, adolescentes foram questionados sobre a frequência de atividade física e os dados foram cruzados com a condição de massa corpórea. A partir disso, foi possível calcular o risco para a obesidade em adolescentes que praticam esportes regularmente e os que não tem este hábito. Como resultado de pesquisa, obtiveram que as chances para excesso de peso alcança 74% se não pratica atividade física regularmente, se comparado com adolescentes que fazem atividade física regularmente.

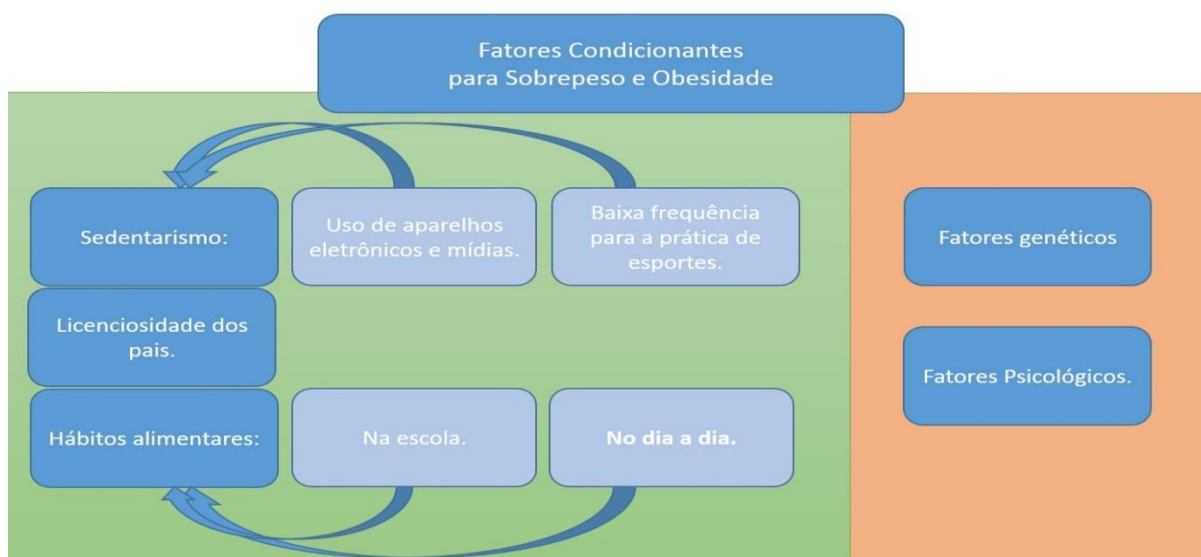
No estudo de Whitaker (1997) é relatado sobre os hábitos familiares. No estudo, os filhos de pais obesos têm mais que o dobro das chances de serem obesos se comparado com o risco para ser obeso do que se os pais não estiverem obesos. Segundo Marcondes *et al.* (2003), o resultado foi mais alarmante, pois apontou que se ambos os pais forem obesos, os filhos deles têm 80% de chance de atingir esta mesma condição. Ainda segundo este estudo, para o caso de apenas um dos pais serem obesos, a chance dos filhos deles serem também

obesos cai para 50% e para o caso de que nenhum dos pais estejam na condição de obesidade, a chance dos filhos de atingirem a obesidade é de apenas 9%.

Estes estudos mostram que os hábitos alimentares e os padrões de atividade física dos pais são compartilhados com os filhos deles, embora ainda não se possa mensurar com clareza o grau de contribuição da genética para a obesidade. Segundo Hall (2011), a obesidade ocorre entre os familiares e nestes casos 20% a 25% são provocados por fatores genéticos. Com isto, percebe-se que os fatores ambientais e sociais são os grandes contribuintes para que os adolescentes atinjam a condição de obesidade.

Na literatura atual, tem-se intensificado os estudos envolvendo a influência de objetos eletrônicos como condicionantes para o aumento de peso (GOMES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2008). O uso de aparatos eletrônicos como televisão, smartphones, tablets e a internet estão associados ao ganho de peso, pois estão contribuindo com a diminuição da atividade física das pessoas em todas as faixas etárias. Nas pesquisas de âmbito quantitativo de TASSITANO *et al.* (2003) e LOBSTEIN *et al.* (2003), foram observados indivíduos de 14 a 19 anos, nos quais perceberam que o tempo gasto assistindo televisão está relacionado com o ganho de peso. Nestas pesquisas, os resultados apontaram que assistir televisão por três ou mais horas por dia eleva o risco para as condições de sobrepeso e obesidade. Diante disso, fica evidente que o gasto de tempo diante da televisão é um fator condicionante para o excesso de peso nesta faixa etária.

Figura 1 – Fatores condicionantes para o sobrepeso e obesidade em adolescentes.



Fonte: Elaboração própria, 2014.

A abordagem do paciente com excesso de peso é um aspecto importante, mas não havendo um estímulo do ambiente, dificilmente a criança, o adolescente ou até mesmo o adulto irão sanar o quadro de sobrepeso (BARROS, 2004). Neste aspecto, o marketing social atua como solucionador, indicando os fatores que condicionam este distúrbio alimentar. Ou seja, é preciso entender os motivos que levam os indivíduos com excesso de peso a terem hábitos que condicionam para o ganho de peso e a percepção deste mesmo grupo como empecilhos para adotarem hábitos saudáveis, para então propor práticas que visam a reversão deste quadro a partir de novas percepções, como por exemplo, os benefícios para a saúde e para a qualidade de vida.

A partir do que foi apresentado, é possível esboçar um esquema para facilitar o entendimento dos fatores relacionados ao excesso de peso em adolescentes, conforme a Figura 1. Conforme se observa, o excesso de peso pode ser proveniente de fatores genéticos, psicológicos, ou de hábitos comportamentais. Não é possível se ter o controle dos fatores genéticos e psicológicos, portanto neste estudo serão abordados apenas os condicionantes comportamentais.

Os condicionantes comportamentais para a obesidade e sobrepeso estão correlacionados aos hábitos alimentares e ao sedentarismo. Segundo apresentado, a baixa frequência de prática de esportes e abuso do uso da internet e do desperdício de tempo assistindo televisão contribuem para o sedentarismo. O segundo condicionante comportamental para o excesso de peso faz referência aos hábitos alimentares dos adolescentes nos lanches da escola e nas demais refeições deles no dia a dia. Para finalizar, uma vez que os pais são os responsáveis pela alimentação de seus filhos quando crianças. Os pais exercem forte influência sobre os hábitos comportamentais de seus filhos maior do que quando eles atingem a adolescência. Além disso, eles podem estar criando hábitos alimentares que eles carregarão ao longo da vida, portanto a frequência com que os pais permitem que seus filhos se exponham à alimentos de risco é um fator comportamental que será abordado neste estudo.

3. METODOLOGIA

A seguir, estão indicados a classificação e os detalhes dos procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa quantitativa, quanto ao tipo de pesquisa, ao contexto, ao método de investigação, bem como aos procedimentos de coleta e análise de dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Quanto ao tipo de pesquisa este estudo adota o caráter descritivo e transversal. Descritivo pois descreve uma situação ou comportamento, que neste estudo são as variáveis envolvidas no comportamento relacionados ao ganho de peso, como os hábitos alimentares, de atividade física e de outros fatores relacionados ao sedentarismo em adolescentes, o qual envolve assistir televisão e navegar na *internet*.

“Geralmente, as coisas são descritas com a mensuração de um evento ou atividade. Muitas vezes, a pesquisa descritiva consegue isso com o uso de estatísticas descritivas, o que inclui contagem de frequências (quantidades), medidas de tendência central como a média ou a moda, ou uma medida de variação, como o desvio padrão” (HAIR JR. *et al*, p.83, 2005).

Além disso, por descrever elementos administrativos em um dado ponto no tempo, este estudo fornece dados transversais que após coletados serão sintetizados estatisticamente. (HAIR JR. *et al*, 2005)

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Para obter uma amostra condizente com o universo da pesquisa, os locais de coleta foram em dois colégios públicos, uma escola particular, em duas igrejas cristãs e em uma conhecida área do centro da cidade de João Pessoa, o Parque Sólon de Lucena.

Vale salientar que os gestores dos colégios e os líderes das igrejas onde os questionários foram aplicados solicitaram que não fossem citados os nomes dos respectivos colégios e igrejas, no entanto esta informação é indiferente a esta pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Uma vez que os questionários foram aplicados em escolas da rede particular e da rede pública de ensino, observou-se adolescentes de baixa à alta faixas econômicas. A escola particular onde é direcionada para as classes econômicas média e alta da sociedade, enquanto que a escola estadual é voltada para classes mais carentes. Além disso, as igrejas e locais centrais da cidade, tendem a receber pessoas de todas as classes econômicas. Desta forma, os questionários contemplou adolescentes de várias faixas socioeconômicas. Sendo assim, foram estudados 200 dos 71.739 adolescentes da faixa etária de 12 a 17 anos de João Pessoa (IBGE, 2010).

A amostra foi extraída da população através da utilização de procedimentos probabilísticos. “Se uma amostra probabilística suficientemente grande é extraída, então é possível fazerem-se generalizações e inferências estatísticas sobre aquela população” (HAIR JR. *et al*, p.237, 2005). Sendo assim, a amostra consistiu de 200 questionários aplicados a adolescentes de 12 a 17 anos, estudantes e residentes em João Pessoa – PB.

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento para coleta de dados foi um questionário com perguntas fechadas elaborado com base na literatura da obesidade em adolescentes, e na identificação dos possíveis condicionantes para a obesidade e sobrepeso em adolescentes de 12 a 17 que residem na cidade de João Pessoa.

Inicialmente, foram aplicados um total de 10 questionários pré-testes como forma de extinguir falhas, sejam ortográficas ou que dificultem a compreensão dos quesitos por parte dos respondentes e para testar as escalas a fim de avaliar a exatidão e a coerência das respostas. Após realizadas as correções no questionário, em Maio de 2014, foram aplicados 250 questionários anônimos.

Em seguida, os questionários passaram por uma averiguação, dos quais 200 foram considerados válidos e utilizados na pesquisa e 50 dos questionários foram descartados por terem sido claramente respondidos de forma imprudente ou com valores perdidos.

O questionário definitivo apresenta questões demográficas como gênero, idade, peso e altura para mensuração do IMC (Índice de Massa Corporal) dos respondentes. O IMC é a forma para mensurar se o indivíduo está com o seu peso ideal, com sobrepeso ou em estado

de obesidade, portanto essencial para esta pesquisa.

Além disso, foram elaboradas questões sobre os comportamentos que estão relacionados com o condicionamento de ganho de peso, como o tipo de alimentação que eles fazem e a frequência com que os adolescentes praticam atividades físicas.

Estas questões foram todas de múltipla escolha e objetivavam conhecer acerca dos hábitos alimentares do dia a dia dos adolescente quando estão em casa, na rua e na escola. Também foram elaborados quesitos para saber se os pais dos adolescentes permitiam que eles comessem alimentos excessivamente calóricos e com qual frequência quando eles eram crianças.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com o objetivo de se aproximar a realidade investigada para descrever determinados aspectos relacionados a um grupo, foi realizado um estudo de campo, o qual se caracteriza pelas investigações em que se realiza coleta de dados junto a pessoas (FONSECA, 2002). Para a coleta de dados junto aos indivíduos o procedimento utilizado foi o método de *survey*.

“As surveys são usadas quando o projeto de pesquisa envolve a coleta de informações de uma grande amostra de indivíduos. [...] com esta o participante sabe claramente que estão sendo coletadas informações sobre seu comportamento e\ou atitudes” (HAIR JR. et al, p.157,2005).

Uma vez que os respondentes não são identificados nesta pesquisa, fica resguardado o sigilo.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Esta etapa de análise de dados é essencial para prosseguir com a próxima fase de obtenção dos resultados. A partir de uma mensuração foi possível descrever o comportamento dos indivíduos estudados relacionados ao ganho de peso. A mensuração foi realizada através do uso de escalas nominal e intervalar.

O software SPSS foi utilizado para tabular os dados e para auxiliar nos cálculos estatísticos. Na análise dos dados, extraímos a média e o desvio padrão para obtermos o grau de concordância entre os respondentes a cada uma das escalas utilizadas no estudo. O questionário apresenta 15 quesitos em escala intervalar e 1 quesito em escala nominal.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram tratados a partir de testes estatísticos de tendência central, média, e medidas de dispersão, desvio padrão, para posteriormente se seguir com a avaliação dos resultados à luz da literatura pesquisada.

Além da descrição da amostra, foi realizada uma análise cruzada que consistiu na fragmentação da amostra pesquisada. Foram geradas médias e desvios padrão separando os indivíduos por idade (12 e 13 anos, 14 e 15 anos e 16 e 17 anos). Além disso, eles foram separados de acordo com a condição peso (obesidade, sobrepeso ou “normal”). As condições de peso foram geradas de acordo com os cálculos da fórmula do IMC, disposta na Equação 1 e com a utilização de parâmetros para diagnóstico do excesso de peso, utilizando o índice de massa corporal desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, divulgada em **OMS (2009)**, conforme a Tabela 1.

Para a construção da variável Frequência de alimentação de risco na escola foram utilizados os quatro quesitos a seguir: Indique como costuma comer seu lanche na escola, a) tomar suco industrializado; b) tomar refrigerante; c) comer salgadinhos; d) comer sanduíche comum.

Para a alimentação saudável na escola, foram utilizados dois quesitos: Indique como costuma comer seu lanche na escola, a) tomar suco natural; b) comer sanduíche natural.

Para testar a licenciosidade dos pais para uma alimentação de risco quando os adolescentes eram crianças, foram utilizados os quesitos a seguir: Quando criança, com que frequência seus pais permitiam que você fizesse as seguintes atividades, a) comer doces ou chocolate; b) comer batata frita ou massas; c) tomar refrigerante; d) comer em lanchonete *fastfood*.

Para mensurar a alimentação de risco foram utilizados os quesitos Indique com que frequência, em média, você atualmente, a) vai a rodízios em restaurantes; b) toma suco industrializado em casa ou na rua; c) bebe refrigerante em casa ou na rua; d) come salgadinhos em casa ou na rua; e) indique sua frequência média em lanchonetes de *fastfood* (*Mcdonalds, Habib's...*).

Ainda na análise cruzada, para mensurar a frequência de alimentação saudável foram utilizados os quesitos a) você costuma comer frutas, aproximadamente; b) você costuma comer vegetais, aproximadamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção objetivamos apresentar os resultados da pesquisa, visando compreender os hábitos cotidianos dos indivíduos que estão relacionados com o ganho de peso.

4.1. FASE DESCRITIVA

Nesta fase são apresentados os dados de descrição da amostra coletada, considerando apenas os questionários válidos. Na Tabela 2 são mostrados onde os questionários foram aplicados. Percebe-se a distribuição da amostragem na qual 55% dos questionários foram aplicados em igreja, 62% em colégios e 5% em locais públicos.

Tabela 2 - Local onde o questionário foi aplicado.

	Categoria	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Válido	Igreja A	44	22,0	22,0
	Igreja B	22	11,0	33,0
	Colégio particular	59	29,5	62,5
	Colégio público	65	32,5	95,0
	Praça Pública	10	5,0	100,0
	Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Na tabela 3, é possível visualizar a quantidade de respondentes do sexo masculino e feminino. Na amostra, dos 200 respondentes, 132 foram do sexo feminino e 68 do sexo masculino, o que não compromete a pesquisa, apesar do desequilíbrio entre os gêneros dos respondentes.

Tabela 3 - Gênero.

	Categoria	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Válido	Masculino	68	34,0	34,0
	Feminino	132	66,0	100,0
	Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Na tabela 4 observam-se que, do total de 200 questionários válidos, a maior quantidade de respondentes tinha 15 anos, sendo 46 dos respondentes; e 12 anos, sendo 42 respondentes. A distribuição completa da amostra de acordo com a idade dos respondentes pode ser visualizada em Tab. 4.

Tabela 4 – Idade.

Categoria (anos)	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
12	42	21,0	21,0
13	23	11,5	32,5
14	38	19,0	51,5
15	46	23,0	74,5
16	33	16,5	91,0
17	18	9,0	100
Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Considerando a Tab. 5, os respondentes foram orientados a apontar se em algum momento da vida deles atingiram a condição de sobrepeso ou obesidade. Observamos que 22% dos respondentes declararam ter atingido uma destas duas condições de excesso de peso, ou seja, 44 dos 200 pesquisados estão ou já estiveram com excesso de peso.

Tabela 5 - Indique se você já foi uma pessoa com excesso de peso.

Categoria		Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Válido	Sim	44	22,0	22,0
	Não	156	78,0	100,0
	Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir da Tab. 6, observamos que aproximadamente metade dos respondentes já fizeram regime ao menos uma vez, correspondendo a 44,5%. Destes, pouco mais da metade fizeram regime mais de uma vez, sugerindo uma preocupação com o controle de peso.

Tabela 6 - Você faz ou fez algum regime para controle de peso?

Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Nunca fiz	111	55,5	55,8
Sim, uma única vez	42	21,0	76,9
Sim, e mais de uma vez	45	22,5	99,5
Total	199	99,5	
System	1	0,5	
Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

4.2. NÍVEL DE PESO

Na Tab.7, observamos as medidas de tendência central para a massa corporal (peso), altura, IMC e Percentual de Gordura Corporal.

Tabela 7 – Nível de peso.

Categorias	Média	Desvio	Assimetria	Curtose	Percentual		
					25	50	75
Seu Peso (Kg)	54,85	11,95	0,73	1,45	46,00	54,00	62,85
Sua altura (m)	1,60	0,11	-0,51	0,66	1,55	1,60	1,66
Índice de Massa Corporal	21,38	3,71	0,64	0,42	18,89	20,45	23,70
Percentual de gordura corporal	22,46	5,61	0,63	1,00	18,86	21,71	25,97

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Observamos que a média dos respondentes está em aproximadamente 55Kg. Relacionado à assimetria, todas as categorias estão dentro da normalidade, pois apresentam valores de -0,51 a +0,73. Quanto à curtose, apenas a categoria Peso está fora do padrão da normalidade, devido a disparidade do peso corporal relativo à idade.

Na Tabela 8 está indicados o percentual dos adolescentes que estão fora do peso ideal, considerando a fórmula do Índice de Massa Corporal.

Tabela 8 – Fora do peso ideal.

Categorias	Percentual
Sobrepeso	27,00
Obesidade	6,00
Baixo peso	3,00

Fonte: Elaboração própria, 2014.

De acordo com a Tab.8, 33% dos adolescentes estão acima do peso ideal e 3% está abaixo do peso ideal, considerando o IMC nos parâmetros divulgados pela Organização Mundial da Saúde (2009).

4.3 CONDICIONANTES COMPORTAMENTAIS

Nesta fase serão observados os fatores condicionantes para o sobrepeso e obesidade nos adolescentes, de acordo com as respostas dos questionários.

4.3.1 ALIMENTAÇÃO

Para entender os hábitos alimentares dos adolescentes, eles foram questionados sobre com que frequência costumam se alimentar no dia-a-dia, quando estão na escola e foram orientados a responder sobre o que os pais deles permitiam e com que frequência quando eles ainda eram crianças.

Os adolescentes foram questionados sobre o tipo de alimentação que seus pais permitiam enquanto ainda eram crianças e com que frequência estes hábitos alimentares se repetiam. Este tipo de questionamento é importante para esta pesquisa, pois os pais iniciam ou dão continuidade aos hábitos familiares que tendem a se entender por gerações adiante. Além disso, enquanto criança, principalmente, os pais são dados como os responsáveis pelo tipo de alimentação de seus filhos. Neste contexto, os adolescentes responderam sobre a frequência com que era permitido comer alimentos excessivamente calóricos, conforme Tab.9.

Tabela 9 - Licenciosidade dos pais

<i>Quando criança, com que frequência SEUS PAIS PERMITIAM que você fizesse as seguintes atividades:</i>	Média	Desvio
Comer doce ou chocolate	3,41	1,03
Comer babatas fritas ou massas	3,17	1,06
Tomar Refrigerante	3,37	1,16
Comer em lanchonete <i>fast food</i>	3,03	1,09
Licenciosidade dos pais	3,24	0,85

Fonte: Elaboração própria, 2014.

No que concerne à permissão do pais a seus filhos, temos como resultado que, em média, eventualmente era permitido que comessem alimentos excessivamente calóricos, conforme Tab.9. Segundo Whitaker (1997), os filhos compartilham dos hábitos dos pais e desta forma, os pais estão apresentando e iniciando um hábito que pode durar por toda a vida de seus filhos, podendo gerar um efeito dominó, durando por gerações ao iniciar hábitos alimentares incorretos. Nas faixas de idade estudadas, os pais de filhos com excesso de peso, permitem a ingestão de alimentos de alto teor calórico com menor frequência do que os pais de filhos com IMC dito normal. Apesar de existir esta diferença entre os grupos com excesso de peso e o grupo com IMC normal, as médias são bastante similares, pois, a partir do que foi analisado, os pais destes dois grupos responderam que “eventualmente” permitiam que consumissem alimentação de risco.

Os adolescentes consomem boa parte do dia na escola. Sendo assim, muitos deles optam por realizar um lanche no intervalo entre as aulas. Na Tabela 10, observamos as

frequências com que eles ingerem alimentos excessivamente calóricos nas escolas em que estudam.

Tabela 10 - Frequência de alimentação de risco na escola

Categorias	Média	Desvio
Indique como costuma comer seu lanche na escola, tomar suco industrializado	2,22	1,29
Indique como costuma comer seu lanche na escola, toma refrigerante	2,74	1,49
Indique como costuma comer seu lanche na escola, come salgadinhos	2,96	1,47
Indique como costuma comer seu lanche na escola, come sanduíche comum	2,64	1,37
Frequência de alimentação de risco na escola	2,65	0,96

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Quando questionados sobre a frequência com que comem produtos excessivamente calóricos, tivemos que salgadinhos e refrigerantes são os favoritos dos adolescentes, conforme mostra a Tab.10. Ainda na Tabela 10, observamos que além dos salgadinhos e refrigerantes, os adolescentes mantêm o hábito de ingerirem outros tipos de alimentos calóricos, como sucos açucarados e sanduíches.

O aumento da ingestão calórica tem contribuído para a obesidade em adolescentes. A Tabela 11 apresenta os hábitos alimentares das pessoas desta faixa etária.

Tabela 11 - Frequência de alimentação de risco no dia a dia

Categorias	Média	Desvio
Indique com que frequência, em média, você atualmente, vai a rodízios em restaurantes	2,61	1,02
Indique com que frequência, em média, você atualmente, toma suco industrializado em casa ou na rua	3,04	1,23
Indique com que frequência, em média, você atualmente, bebe refrigerante em casa ou na rua	3,34	1,28
Indique com que frequência, em média, você atualmente, come salgadinhos em casa ou na rua	3,38	1,17
Frequência de alimentação de risco no dia a dia	3,09	0,78

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Conforme a tabela, os adolescentes têm mantido o mesmo hábito que o da escola e de quando eram crianças, comendo com determinada regularidade salgadinhos e refrigerantes, sendo estes, novamente, os alimentos excessivamente calóricos da preferência deste público.

Ainda com a temática de alimentação de risco, os adolescentes foram questionados sobre a regularidade com que frequentam o ambiente de lanchonetes do tipo *fast food*.

Conforme observamos na Tab.12, um terço dos adolescentes costuma frequentar lanchonetes *fast food* de duas a três vezes por mês e outros 17% costumam frequentar este tipo de ambiente pelo menos quatro vezes a cada mês.

Tabela 12 – Lanchonetes *fast food*

Indique sua frequência média em lanchonetes de <i>fast food</i>				
	Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
	Nunca	23	11,5	11,7
	Menos de 1 vez por mês	42	21,0	21,3
	Em torno de 1 vez por mês	32	16,0	16,2
	Em torno de 2 ou 3 vezes por mês	66	33,0	33,5
	Quatro ou mais vezes por mês	34	17,0	17,3
	Total	197	98,5	100,0
Valores perdidos		3	1,5	
	Total	200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

O segmento de lanchonete *fast food* tem crescido bastante no Brasil, quase dobrando o número de lojas de 2011 para 2014. São atribuídos a este crescimento, o fato do comportamento do consumidor tem mudado, devido ao melhoramento do poder aquisitivo e da exigência de um rápido atendimento, diminuindo o tempo gasto em espera ou preparando a própria refeição e têm-se notado que boa parcela dos clientes destas lanchonetes é formada por grupos de adolescentes (site: NL INFORMÁTICA, 2013).

4.3.2 USO DE ELETRÔNICOS E MÍDIA

Como forma de mensurar a utilização do tempo pelo adolescente, foi elaborado um conjunto de questionamentos que culminou na Tab.13.

Tabela 13 – Utilização do tempo.

Categorias	Média	Desvio
Indique quantas horas, em média, você fica por dia em atividades de estudo (dentro e fora de salas de aula)	6,80	2,53
Indique quantas horas, em média, você fica por dia em atividade de trabalho	0,22	0,94
Tempo em estudo ou trabalho	6,95	2,81
Indique quantas horas, em média, você fica por dia na internet	4,29	3,48
Indique quantas horas, em média, você fica por dia na televisão	2,53	2,15

Tempo em televisão ou internet	6,71	4,25
---------------------------------------	-------------	-------------

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir da tabela, percebemos que o adolescente dispende muito do seu tempo na escola, aproximando-se de 7 horas por dia, em média. A grande maioria deles não trabalha e utiliza o tempo ocioso fazendo uso de aparelhos eletrônicos e mídias. Os adolescentes passam mais de 4 horas por dia navegando na internet e mais de 2,5 horas por dia assistindo televisão, restando pouco tempo livre para outros lazeres como a prática de esportes. Considerando-se as médias apresentadas na Tab.13 e que os adolescentes dormem 8 horas diariamente, restam apenas 2 horas e 20 minutos por dia para outras atividades.

4.3.3 SEDENTARISMO

Exercícios físicos contribuem com o gasto energético, ou seja, são importantes para manter ou atingir o peso ideal, porém como explorado em Tab.13, a atividade esportiva não é uma prática regular para todos os adolescentes.

Tabela 14 – Frequência de atividades físicas.

Você pratica atividade física (dentro ou fora de academias), em média				
Categorias		Frequência	Percentual	Percentual Válido
Válido	Nunca	32	16,0	16,0
	Menos de uma vez por semana	42	21,0	21,0
	Em torno de 1 ou 2 vezes por semana	53	26,5	26,5
	Em torno de 3 vezes por semana	28	14,0	14,0
	Quatro ou mais vezes por semana	45	22,5	22,5
	Total	200	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Conforme a Tab.14, 37% dos adolescentes não pratica esportes ou pratica com baixa regularidade, enquanto que 36,5% pratica esportes regularmente e outros 26,5% pratica esportes 1 ou 2 vezes por semana. Apesar do benefícios à saúde provenientes da prática regular de esportes, percebe-se que uma parcela considerável dos jovens se quer faz exercícios físicos (16%) e uma outra parcela não pratica com frequência (47,5%).

O Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente (2013) traz recomendações acerca de atividades físicas para estas duas fases. Mais especificamente para os adolescentes, foco deste estudo, ele diz que nesta etapa há a decisão da realização da atividade física como atividade recreativa e preventiva ou na qualidade de esporte competitivo. No entanto, este estudo revela que isso não ocorre para todos adolescentes (Tabela 14), pois 16% dos

adolescentes nunca praticam atividades físicas, 21% praticam com frequência menor a uma vez por semana, 26,5% pratica uma ou duas vezes por semana, 14% pratica três vezes por semana e 22,5% pratica pelo menos quatro vezes por semana.

Diante disso, a preocupação recai principalmente sobre os adolescentes que praticam até uma vez por semana (37%). Além de não terem uma determinada regularidade em relação à prática esportiva, ficam expostos a lesões. Para os conhecidos atletas de fim de semana que são as pessoas que praticam esportes com baixa frequência, as lesões são comuns, pois ocorre um aumento do nível de esforço ou um súbito aumento da atividade física, proporcionando lesões (VISEU; SANTOS, 2001).

Um segundo problema acarretado pela baixa frequência da prática esportiva é que, por vezes, uma prática de esporte é algo difícil para os adolescentes, ou seja, uma barreira percebida por eles, então quando este adolescente começa a praticar atividades físicas e se lesiona, pode leva-lo a desistir de continuar com o hábito que, às vezes, ele se propôs com bastante esforço (VISEU; SANTOS, 2001).

Em resumo, os adolescente que praticam atividade física com baixa regularidade é um grupo predisposto ao ganho de peso, pois esta é uma condição para o sedentarismo (Pinheiro, *et al* (2004). Além disso este grupo, segundo Viseu e Santos (2001), este grupo é mais predisposto a sofrer lesões e a abandonar a prática esportiva se a lesão vier a ocorrer.

4.3.4 HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

Uma das maneiras para atingir ou manter o peso ideal é mantendo hábitos alimentares saudáveis, com grãos (arroz e feijão, por exemplo) e adicionando frutas, verduras e legumes às refeições. As tabelas abaixo mensuram a frequência com que os adolescentes mantêm hábitos alimentares saudáveis.

Tabela 15 – Teor de alimentação.

Considerando a necessidade de uma alimentação saudável, em geral, você é uma pessoa que come,				
	Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Válido	Muito menos que o necessário	11	5,5	5,5
	Um pouco menos que o necessário	24	12,0	12,1
	Somente o necessário	71	35,5	35,7
	Pouco mais que o necessário	64	32,0	32,2

	Muito mais que o necessário	29	14,5	14,6
	Total	199	99,5	100,0
Valores perdidos	System	1	,5	
Total		200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Conforme a Tab.15, 46,8% dos adolescentes comem mais que o necessário, 17,6% afirmam que comem menos que o necessário e 35,7% diz que come apenas o necessário. Os adolescentes passam 30% do seu dia na escola (Tab.13) e uma parcela significativa opta por realizar algum tipo de lanche no intervalo das aulas. Os sucos naturais são mais saudáveis que os sucos industrializados, pois apresentam em sua composição menor teor de açúcar, portanto são menos calóricos, não apresentam conservantes, aromatizantes artificiais. As Tabela 16 mostra a frequência em que os adolescentes tomam suco natural na escola.

Tabela 16 – Frequência de suco natural na escola

Indique como costuma comer seu lanche na escola, toma suco natural				
Categorias		Frequência	Percentual	Percentual Válido
Válido	Nunca	38	19,0	19,1
	Raramente	50	25,0	25,1
	Eventualmente	38	19,0	19,1
	Quase sempre	36	18,0	18,1
	Sempre	37	18,5	18,6
	Total	199	99,5	100,0
Total		200	100,0	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

De acordo com o mostrado na tabela 16, apenas 36,7% dos adolescentes tomam suco natural na escola regularmente, enquanto que 19,1% dos adolescentes não tomam suco natural na escola, percebemos então a baixa frequência do consumo de alimentos naturais que são mais saudáveis que os industrializados.

A tabela abaixo (Tab.17) apresenta a frequência com que os adolescentes comem sanduíches naturais na escola em que estudam. De acordo com os dados, apenas 25,6% dos adolescentes comem sanduíches naturais na escola como regularidade alta (quase sempre ou sempre). Outros 36,7% nunca comem este tipo de sanduíche na escola, novamente os adolescentes não têm se alimentado de forma saudável.

Tabela 17 – Frequência de sanduíche na escola.

Indique como costuma comer seu lanche na escola, come sanduíche natural

	Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Válido	Nunca	73	36,5	36,7
	Raramente	52	26,0	26,1
	Eventualmente	23	11,5	11,6
	Quase sempre	31	15,5	15,6
	Sempre	20	10,0	10,1
	Total	199	99,5	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 18 apresenta a frequência com que os adolescentes consomem alimentos orgânicos, não necessariamente na escola. Segundo os dados, 21,8% dos adolescentes não sabem se estão comendo alimentos orgânicos no dia a dia. 41,1% nunca come este tipo de alimento ou tem frequência de menos de uma vez por semana; 23,3% dos adolescentes comem alimentos orgânicos 1 a 3 vezes por semana e apenas 13,2% comem alimentos orgânicos regularmente.

Tabela 18 – Frequência alimentos orgânicos no dia a dia.

Você costuma comer alimentos orgânicos			
Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Nunca	50	25,0	25,4
Menos de uma vez por semana	31	15,5	15,7
Em torno de 1 ou 2 vezes por semana	27	13,5	13,7
Em torno de 3 vezes por semana	19	9,5	9,6
Quatro ou mais vezes por semana	26	13,0	13,2
Não sei	43	21,5	21,8
Total	197	98,5	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A tabela 19 apresenta a frequência como que os adolescentes comem frutas. Segundo os dados, percebe-se a baixa frequência de consumo de frutas por parte dos adolescentes. Dentre eles, apenas 36,5% fazem o consumo de frutas diariamente.

Tabela 19 – Frequência de ingestão de frutas.

Você costuma comer frutas, aproximadamente			
Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Nunca	5	2,5	2,5
Raramente que nem lembro	30	15,0	15,0
Em torno de 1 ou 2 vezes por semana	56	28,0	28,0
Mais de 3 vezes por semana	36	18,0	18,0

Diariamente	73	36,5	36,5
Total	200	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A tabela 20 apresenta a frequência com que os adolescentes consomem vegetais. Segundo os dados, poucos são os jovens que consomem vegetais diariamente. Apenas 26% dos adolescentes consomem este tipo de alimento diariamente, 46,5% não comem frutas ou comem raramente. Os adolescentes deveriam estar se alimentando de forma saudável diariamente, porém, como mostrado nas Tab.19 e Tab.20, eles não apresentam este hábito.

Tabela 20 – Frequência de ingestão de vegetais.

Você costuma comer vegetais, aproximadamente			
Categorias	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Nunca	43	21,5	21,5
Raramente que nem lembro	50	25,0	25,0
Em torno de 1 ou 2 vezes por semana	29	14,5	14,5
Mais de 3 vezes por semana	26	13,0	13,0
Diariamente	52	26,0	26,0
Total	200	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A tabela 21 traz a frequência para o consumo comida saudável na escola e de frutas e verduras no dia a dia dos adolescentes. A partir dos dados, vemos que a média de consumo de frutas e verduras e de lanches saudáveis correspondem às respostas que consomem estes alimentos eventualmente, mostrando que os adolescentes não têm se alimentado de forma saudável, seja na escola, seja no dia a dia.

Tabela 21 – Estatística descritiva.

Categorias	Média	Desvio
Frequência de consumo de frutas e verduras	3,34	1,15
Lanche saudável na escola	2,63	1,20

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir da tabela 21, a média de consumo de frutas e verduras e de lanches saudáveis correspondem às respostas que consomem estes alimentos eventualmente, mostrando que os adolescentes não têm se alimentado de forma saudável, seja na escola, seja no dia a dia.

4.5. ANÁLISE CRUZADA DOS RESULTADOS

A tabela 22 apresenta os resultados para as frequências para cada uma das variáveis abordadas segmentas para quem está na condição de sobrepeso ou obesidade e separados por faixa etária sendo comparados pelos adolescentes que estão no peso ideal ou abaixo do peso ideal.

Tabela 22 – Análise segmentada de sobrepeso em adolescentes.

Variáveis	Sobrepeso	Total			12 e 13 anos			14 e 15 anos			16 e 17 anos		
		N	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	Média	Desvio	N	Média	Desvio
Licenciosidade dos pais	Não	146	3,30	0,86	37	3,49	0,90	66	3,26	0,87	43	3,19	0,81
	Sim	53	3,07	0,79	14	3,23	0,77	17	2,99	0,82	22	3,03	0,80
	Total	199	3,24	0,85	51	3,42	0,86	83	3,20	0,87	65	3,14	0,80
Tempo em estudo ou trabalho	Não	146	7,01	2,86	37	6,82	2,54	67	7,02	2,97	42	7,15	2,99
	Sim	53	6,78	2,68	14	7,50	2,88	17	6,94	2,11	22	6,20	2,92
	Total	199	6,95	2,81	51	7,01	2,63	84	7,00	2,81	64	6,83	2,98
Tempo em televisão ou internet	Não	146	6,88	4,22	37	7,28	4,08	67	7,12	4,49	42	6,13	3,89
	Sim	53	6,25	4,32	14	7,36	4,47	17	6,88	4,51	22	5,05	3,95
	Total	199	6,71	4,25	51	7,30	4,15	84	7,07	4,47	64	5,76	3,92
Frequência de alimentação de risco no dia a dia	Não	147	3,12	0,74	37	3,05	0,73	67	3,15	0,66	43	3,14	0,86
	Sim	53	3,01	0,89	14	3,16	0,91	17	3,19	0,82	22	2,78	0,92
	Total	200	3,09	0,78	51	3,08	0,77	84	3,16	0,69	65	3,02	0,89
Frequência de alimentação de risco na escola	Não	147	2,64	0,94	37	2,51	0,96	67	2,74	0,92	43	2,60	0,96
	Sim	53	2,67	1,02	14	2,55	1,28	17	2,99	0,95	22	2,49	0,87
	Total	200	2,65	0,96	51	2,52	1,05	84	2,79	0,93	65	2,57	0,92
Frequência de consumo de frutas e verduras	Não	147	3,29	1,16	37	3,41	1,27	67	3,20	1,07	43	3,34	1,22
	Sim	53	3,47	1,12	14	3,43	1,25	17	3,15	1,03	22	3,75	1,09
	Total	200	3,34	1,15	51	3,41	1,26	84	3,19	1,06	65	3,48	1,19
Lanche saudável na escola	Não	147	2,56	1,16	37	2,36	1,03	67	2,69	1,24	43	2,52	1,12
	Sim	53	2,81	1,32	14	2,14	1,23	17	2,85	1,28	22	3,20	1,29
	Total	200	2,63	1,20	51	2,30	1,08	84	2,73	1,24	65	2,75	1,21

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Referente à licenciosidade dos pais, os hábitos são ligeiramente diferentes entre as pessoas com excesso de peso e as pessoas que estão com peso ideal ou abaixo dele, para todas as faixas etárias.

Para as variáveis que mensuram a utilização do tempo dos adolescentes enquanto trabalham estudam e enquanto assistem televisão navegam na internet diferem entre os grupos. Na literatura, Gomes (2013); Silva (2008) o tempo em atividades na internet e para Tassitano (2003) e Lobstein (2003), estão relacionadas com o ganho de peso.

Para Estas duas variáveis, os adolescentes com excesso de peso passam menos tempo estudando e assistindo televisão ou na internet, porém passar 4, 5, 6, 7 horas em atividades como assistir TV ou navegar na internet diariamente são números alarmantes que estão preenchendo o tempo livre dos adolescentes e impossibilitando que este grupo com excesso de peso possa realizar atividades físicas, aumentando o gasto energético diário.

Na variável que fala sobre a alimentação de risco no dia a dia, os hábitos alimentares são parecidos entre os adolescentes de 12 a 15 anos, enquanto que nos adolescentes de 16 e 17 anos com excesso de peso estão mais preocupados com a alimentação, expondo-se menos frequentemente à alimentação de risco. Infelizmente, os respondentes não mostram essa mesma preocupação enquanto estão na escola, pois para esta variável, os adolescentes se expõem com frequências similares à alimentação de risco em seus lanches da escola. Portanto, corroborando com Anjos, (2006) e Wanderley (2010) que relatam da influência da alimentação de risco para o ganho de peso.

Para as variáveis Frequência de consumo de frutas e verduras e Lanche saudável na escola, os adolescentes apresentam hábitos semelhantes dos 12 aos 15 anos, elevando a frequência do consumo de refeições saudáveis a partir dos 16 anos para os que estão na condição de sobrepeso e obesidade. Para a frequência de consumo de frutas e verduras, os adolescentes apresentam média em torno de 3,3 e para a frequência de Lanche saudável na escola, os adolescentes de 12 a 15 anos apresentam média em torno de 1,2, enquanto que os adolescentes de 16 a 17 anos apresentam média, para esta mesma variável, 2,52 entre os adolescentes com peso ideal e de 3,2 para os adolescentes com excesso de peso.

A tabela 23 considera apenas os adolescentes na condição de obesidade e compara os hábitos deles com os grupos que estão com sobrepeso, peso ideal e abaixo do peso.

Tabela 23 – Análise segmentada de obesidade em adolescentes.

Variáveis	Obes o	Total			12 e 13 anos			14 e 15 anos			16 e 17 anos		
		N	Médi a	Desvi o	N	Médi a	Desvi o	N	Médi a	Desvi o	N	Médi a	Desvi o
Licenciosidade dos pais	Não	187	3,26	0,86	60	3,18	0,82	78	3,21	0,87	49	3,42	0,88
	Sim	12	2,96	0,60	5	2,65	0,22	5	3,10	0,84	2	3,38	0,18
	Total	199	3,24	0,85	65	3,14	0,80	83	3,20	0,87	51	3,42	0,86
Tempo em estudo ou trabalho	Não	187	6,93	2,86	59	6,86	3,07	79	6,95	2,85	49	6,97	2,67
	Sim	12	7,25	1,82	5	6,40	1,67	5	7,80	2,17	2	8,00	0,00
	Total	199	6,95	2,81	64	6,83	2,98	84	7,00	2,81	51	7,01	2,63
Tempo em televisão ou internet	Não	187	6,84	4,28	59	5,92	4,01	79	7,23	4,46	49	7,32	4,19
	Sim	12	4,67	3,26	5	3,80	1,79	5	4,60	4,22	2	7,00	4,24
	Total	199	6,71	4,25	64	5,76	3,92	84	7,07	4,47	51	7,30	4,15
Frequência de alimentação de risco no dia a dia	Não	188	3,09	0,80	60	3,00	0,92	79	3,17	0,70	49	3,06	0,78
	Sim	12	3,13	0,47	5	3,22	0,22	5	2,90	0,63	2	3,50	0,35
	Total	200	3,09	0,78	65	3,02	0,89	84	3,16	0,69	51	3,08	0,77
Frequência de alimentação de risco na escola	Não	188	2,64	0,94	60	2,53	0,90	79	2,77	0,93	49	2,59	1,02
	Sim	12	2,73	1,24	5	3,05	1,20	5	3,10	0,98	2	1,00	0,00
	Total	200	2,65	0,96	65	2,57	0,92	84	2,79	0,93	51	2,52	1,05
Frequência de consumo de frutas e verduras	Não	188	3,33	1,16	60	3,46	1,20	79	3,18	1,06	49	3,41	1,28
	Sim	12	3,50	1,00	5	3,70	1,10	5	3,30	1,15	2	3,50	0,71
	Total	200	3,34	1,15	65	3,48	1,19	84	3,19	1,06	51	3,41	1,26
Lanche saudável na escola	Não	188	2,60	1,18	60	2,72	1,18	79	2,68	1,22	49	2,35	1,08
	Sim	12	3,00	1,54	5	3,20	1,60	5	3,50	1,41	2	1,25	0,35
	Total	200	2,63	1,20	65	2,75	1,21	84	2,73	1,24	51	2,30	1,08

Fonte: Elaboração própria, 2014.

De acordo com a Tab.23, para a variável Licenciosidade dos pais, o grupo na condição de obesidade apresentou médias ligeiramente menores do que o outro grupo. Esta diferença sugere que os pais reconhecem da influência deste tipo de alimento com o ganho de peso, apoiando os estudos de Whitaker (1997). Para a variável tempo em estudo ou trabalho, novamente não há grandes diferenças. Já para a variável da atividade Tempo em televisão ou internet, os adolescentes na condição de obesidade de 12 a 15 anos passam pelo menos 2 horas a menos, em média, nestas atividades. Porém os adolescentes de 16 a 17 anos passam quantidade de horas semelhantes nestas atividades, cerca de 4,2 horas diariamente, ou seja, não há diferença entre os dois grupos nesta faixa etária

Este estudo corrobora com os dizeres de Gomes (2013) e Mendonça (2013), nos quais

relatam sobre o risco para a obtenção da condição de obesidade se for mantido um hábito de alimentação de risco. Relacionado à variável Frequência de alimentação de risco no dia a dia, os adolescentes na condição de obesidade apresentam, para todas as faixas etárias, frequência maior de exposição a estes alimentos do que o segundo grupo, sendo mais discrepante nos adolescentes de 16 e 17 anos.

A frequência com que estes alimentos calóricos são consumidos ainda é alta e para haver a perda de peso, o gasto calórico deverá ser maior do que o consumido. Para isso, são necessários hábitos que combatam os comportamentos de risco inerentes ao ganho de peso, como o sedentarismo e o consumo de alimentos ricos em calorias. A frequência de consumo de frutas e verduras é o hábito saudável que se deseja alcançar, enquanto que a alimentação de risco é o seu concorrente, ou seja, o hábito a ser combatido. Para o conjunto de escalas que formam esta variável, a frequência dos adolescentes é 3,34 para um máximo de 5,0 na escala utilizada. A partir da análise cruzada, percebemos que existe uma similaridade entre os grupos em estado de sobrepeso, obesidade e IMC normal, existindo uma única exceção do grupo formado por adolescentes com sobrepeso de 16 e 17 anos que demonstram uma maior preocupação em se alimentar de maneira mais saudável (3,75) do que os adolescentes com peso ideal (3,34).

Mendonça (2013) afirma que os adolescentes têm mantido hábitos prejudiciais à saúde enquanto estão na escola assim como é constatado neste estudo. Na variável Frequência de alimentação de risco na escola, os adolescentes de 12 e 13 anos, expõem-se com mesma frequência aos lanches ricos em calorias; para os de 14 e 15, os obesos se expõem mais a este tipo de alimento; enquanto que os adolescentes de 16 e 17 anos na condição de obesidade estão mais preocupados com a ingestão de alimentos calóricos, apresentando frequência de exposição a este tipo de alimentos muito menor do que o grupo de não-obesos.

Considerando todos os adolescentes, estejam com IMC normal ou alto, se alimentam de alimentos calóricos com maior regularidade no dia a dia do que na escola. A única exceção são os jovens de 14 e 15 anos que estão na condição de obesidade. Apesar de ser em menor frequência, a frequência de consumo de alimentos de risco são similares para este grupo. Quando eles estão na escola, consomem alimentos de risco 2,59, na escala, e enquanto no dia a dia consomem 2,90.

Apesar da frequência do consumo de alimentos ricos em calorias ser menor na escola do que no dia a dia dos adolescentes, considera-se um hábito regular e que segundo **Mendonça (2013)**, este é um dos hábitos que predispõe os indivíduos ao ganho de peso.

No geral, na escola, os adolescentes de João Pessoa consomem alimentos ricos em calorias (2,62) e alimentos saudáveis (2,65) na mesma frequência, aproximadamente. Este padrão se mantém para todos os grupos da segmentação, exceto para os adolescentes na condição de sobrepeso, em que demonstram maior preocupação com o peso, pois a frequência de consumo de alimentos saudáveis (3,20) é maior do que a de alimentos ricos em calorias (2,57).

Nas variáveis que fazem referência à alimentação saudável (Frequência de consumo de frutas e verduras e Lanche saudável na escola), os adolescentes de ambas as faixas etárias apresentam frequências similares de consumo deste tipo de alimentos, com exceção dos adolescentes de 16 e 17 anos que quase nunca fazem refeições saudáveis quando estão na escola.

Segundo Matsudo *et al.* (2001), a falta de tempo é apontada como barreira à prática de esportes, por isso mensuramos o tempo gasto pelos adolescentes em outras atividades. Os adolescentes com IMC dito normal e os que estão com excesso de peso consomem de 13 a 14 horas quando somados o tempo gastos com internet, televisão, estudando e trabalhando. Este é um índice alto que corrobora com a baixa frequência da prática esportiva dos adolescentes.

O que se vê nos hábitos alimentares e de execução de esportes dos adolescentes é que estão se alimentando de forma bastante errada do ponto de vista nutricional. Eles estão ingerindo calorias demais além do que é necessário para as atividades no dia a dia deles. Essa diferença entre a quantidade de calorias ingeridas e a quantidade de calorias gastas, no corpo humano, é convertida em gordura que por sua vez, acompanha diversos riscos à saúde.

Percebemos que a larga jornada na escola somada ao tempo assistindo televisão e navegando na internet (Tab.13), não tem sobrado tempo, para muitos deles, para praticarem esporte regularmente. Percebemos então que os adolescentes tem ingerido mais calorias e tem, cada vez mais, diminuído o gasto energético, condições perfeitas para atingir os condicionamentos de sobrepeso e obesidade.

O marketing social explica que é necessário conhecer o público alvo, neste caso, os adolescentes, e entender o que é necessário para que eles mudem para o comportamento desejado, ou seja, entender o que os adolescentes enxergam como vantagens para que se alimentem melhor, desperdicem menos tempo com televisão e internet e passem a praticar esportes mais frequentemente.

Uma vez que conhecermos o público alvo por completo, será possível traçar estratégias para que os adolescentes percebam as vantagens de manterem o peso ideal. Sendo

assim, eles adotarão hábitos mais saudáveis do que os hábitos que estão praticando no momento.

Desta forma, o desafio para os profissionais de marketing será a reversão do atual quadro comportamental, ou seja, diminuir o tempo gasto em atividades como assistir televisão e navegar na internet para que possam praticar esportes. Sendo assim, elevará o gasto calórico, contribuindo para a perda de peso. Outro fator a ser explorado deve ser a diminuição da ingestão de produtos pouco nutritivos, mas de alto teor calórico como refrigerantes e salgadinhos e substituí-los por frutas, por exemplo, e o acréscimo de legumes e vegetais às refeições principais do dia, pois são pouco calóricos e antecipam a sensação de saciedade, favorecendo com que os adolescentes comam menos, porém tenham uma alimentação de melhor qualidade nutricional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou apontar os hábitos comportamentais dos adolescentes que condicionam para o ganho de peso e compará-los com outros grupos de pessoas de mesma faixa etária que estão com peso ideal. Como resultado percebemos que os adolescentes estão comendo alimentos de risco constantemente que consomem seja ela em casa ou na escola.

No decorrer do estudo, percebemos que existe a tentativa de mudança nos hábitos dos adolescentes que estão nas condições de excesso de peso. Em muitas das variáveis apresentadas, estes adolescentes têm hábitos semelhantes dos adolescentes com peso ideal, porém uma vez alcançadas as condições de sobrepeso e obesidade, os hábitos alimentares saudáveis e prática esportiva devem ser mais frequentes do que com as pessoas com peso ideal para que haja a perda de peso e reversão destas condições.

Uma vez que o adolescente com obesidade ou sobrepeso iguale os hábitos dos adolescentes com peso normal, ele irá parar de ganhar peso e manter-se na atual condição de excesso de peso. Para haver a perda de calorias e a consequente perda de massa corporal é necessário ter hábitos saudáveis mais frequentes do que os adolescentes com peso ideal. Porém o estudo revelou que os hábitos saudáveis e os hábitos de risco destes dois grupos são bastante semelhantes, impossibilitando a reversão do quadro de excesso de peso.

Neste estudo, começamos a entender o público alvo, pois foram revelados os hábitos dos adolescentes que estão promovendo o ganho de peso, uma vez que mensuramos a frequência com que um hábito relacionado com o ganho de peso ocorre, porém não mensuramos as percepções dos adolescentes para que mudem para hábitos mais saudáveis. Esta dinâmica poderá ser abordada em estudos futuros.

A principal limitação deste estudo concerne à amostragem, já que o levantamento de dados se deu no contexto paraibano, o que compromete a ampliação da discussão para as ações de marketing social, principalmente, porque não foram explorados aspectos culturais e sociais que podem incidir sobre o ganho de peso.

Desse modo, sugerimos que as pesquisas futuras sejam realizadas considerando uma ampliação no contexto de coleta de dados, ao passo que busquem incluir aspectos comportamentais, culturais e psicológicos que não foram contemplados neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREASEN, A. R. Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. **Journal of Public Policy & Marketing**. Vol. 21, n. 1, p. 3-13, 2002.

ANDREASEN, A. R. **Social marketing in the 21st century**. Thousand Oaks, 2006.

ANJOS, L. A. **OBESIDADE E SAÚDE PÚBLICA**. Editora Fiocruz, 2006.

BARBOZA, S. I. S. Marketing social aplicado à doação de sangue: Fatores condicionantes de comportamento. 2012: (dissertação de mestrado). Disponível em: <http://www.ccsa.ufpb.br/ppga/site/arquivos/dissertacoes/dissertacao_506.pdf> Acesso em: 09 nov. 2014.

BARBOZA, S. I. S.; COSTA, F. J. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doadores. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.7, p. 1463-1474, Jul, 2014.

BARROS, A. A. F. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Rev. J Pediatría**. v. 80, 2004.

BASTOS, F. V. B. Consumo de bebidas alcoólicas por jovens: implicações para o marketing social. 2013, (dissertação de mestrado). Disponível em: <http://www.ccsa.ufpb.br/ppga/site/arquivos/dissertacoes/dissertacao_527.pdf> Acesso em: 09 nov. 2014.

BERNARDO, C. O.; et al. Associação entre o índice de massa corporal de pais e de escolares de 7 a 14 anos de Florianópolis, SC, Brasil. **Revista Brasileira de saúde materno e Infantil**. Vol. 10, n. 2, p. 183-190, 2010.

BOERMA, T. **World Health Statistics 2012**: One in six adults obese, one in three hypertensive, one in 10 diabetic, 2012. Disponível em: <http://www.thehealthsite.com/news/world-health-statistics-2012-one-in-six-adults-obese-one-in-three-hypertensiveone-in-10-diabetic/> Acesso em 15 de abril de 2014.

CHANCE, Z; DESHPANDÉ, R. Social marketing and strategies for treating HIV in developing nations. **Journal of Macromarketing**. Vol 29, n. 3, p. 220-232, 2009.

CHENG, H.; KOTLER, P.; LEE, N. R. Social marketing for public health: Global trends and success stories. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2011.

CHRISTÓFARO, D. G. D.; et al. Prevalência de Fatores de risco parágrafo Doenças cardiovasculares entre escolares. **Revista brasileira epidemiologia**. São Paulo, v. 14, n. 1, 2011.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M.; DIETZ, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **BMJ**, 2000.

COSTA, F. J. **Marketing e sociedade**: uma disciplina. Mimeografado, 2013.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R. G. **Obesidade – fatores genéticos ou ambientais?**. Grupo editorial Moreira Junior, 2001. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1850&fase=imprime>. Acesso em: 8 de abril de 2014.

EBBELING, C. B., PAWLAK, D.B., LUDWIG, D. S. Childhood obesity: publichealth crisis, common sense cure. **The Lancet**, 2002.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. BYK, 1995.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHA JR., A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-146, 2001.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. UEC, 2002.

GOMES, A. L. G. G.; PINTO, R. F. OBESIDADE INFANTIL: Uns quilos a mais hoje, uns anos a menos no futuro. **UEPA**, 2013.

GUIMARÃES, A. C. A, et al. Overweight and obesity in school children: association between biopsychological, socioeconomic and behavioral factors. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. Vol 56, n. 2, p. 142-148, 2012.

HAIR, J. F. Jr.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Bookman, 2007.

HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=250750>> Acessado em 04 Feb 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010.

KOTLER, P.; LEE, N. R. **Marketing Social**: Influenciando comportamentos para o bem. Bookman, 2011.

LEFEBVRE, R. C. Notes From the Field. **On Social Marketing and Social Change**, 2009.

LEFEBVRE, R. C. **Social marketing and social change**: Strategies and tools for improving health, well-being, and the environment. Jossey-Bass. United States of America, 2013.

LOBSTEIN, T., BAUR, L., UAUY, R., IASO. Childhood obesity working group obesity in children and young people: a crisis in public health. Report to the world health organization. **Obesity Rev.** 5, 2004.

MARCONDES, E.; et.al. **Pediatria básica: pediatria Clínica Geral**: tomo II. 9 ed. SARVIER. São Paulo, 2003.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS, T. L. N. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica – n.12**: obesidade. Saúde família. Brasília, 2006.

NL INFORMÁTICA. **Mercado de fast food**, 2013. Disponível em: <<http://www.nl.com.br/blog/uncategorized/mercado-de-fast-food-deve-crescer-56-ate-2016/>> Acesso em: 04 de Julho 2014.

Observatório da Saúde e do Adolescente, 2013. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/observaped/index.php/orientacoes-quanto-a-pratica-de-atividade-fisica-na-infancia-e-na-adolescencia.html>>. Acessado em 13 de dezembro de 14.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência uma verdadeira epidemia. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabolismo**. vol. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

OLIVEIRA, M. L. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

OMS. **World Health Statistics**. Word Health Organization, 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr., Campinas**, 17(4):523-533, out./dez., 2004

REIS, C. E.; VASCONCELOS, I. A.; OLIVEIRA, O. M. Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. **Rev. Paul Pediatría**. Vol. 29, n. 1, p. 108-116, 2011.

RODRIGUES, J.C. Obesidade infantil: uma verdadeira epidemia. **UniCEUB**, 2013.

ROSANELI, C. F.; et al. Evaluation of the prevalence and nutritional and social determinants of overweight in a population of schoolchildren: a cross-sectional analysis of 5,037 children. **Revista da Associação Médica Brasileira**. vol. 58, n.4, p. 472-476, 2012.

SILVA, A. J.; et. al. **Obesidade Infantil**. CGB Artes Gráficas. Montes Claros, 2007.

SILVA, K. S.; NAHAS, M. V. N.; et al. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**. Vol. 11, n.1, p. 159-68, 2008.

SIQUEIRA, P. P.; ALVES, J. G. B.; FIQUEIROA, J. N. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro. **Rev Paul Pediatr**. 27(3):251-7, 2009.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**. vol. 29, n. 6, p. 563-570 New York, 1999.

TASSIANO, R. M.; BARROS, M. V. G.; TENÓRIO, M. C. M.; et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de Ensino Médio de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(12):2639-2652, 2009.

VIANNA, D. **Doenças ligadas à obesidade e ao sobrepeso custam R\$ 3,5 bi aos cofres públicos**. Disponível em: < <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-07-17/doencas-ligadas-obesidade-e-ao-sobrepeso-custam-r-35-bi-aos-cofres-publicos>> Acesso em 07 de abril de 2014, 2012.

VIGITEL. VIGITEL Brasil 2011 - **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição socioeconômicas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011. Brasília, 2012.

VIUNISKI, N. **Obesidade Infantil**. Caxias do Sul, 2000.

WISEU, J.; SANTOS, O. Lesões no desporto. **Revista Teste Saúde**, n 34, 2001.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: Uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 15, n.1, p. 185-194, 2010.

WHITAKER, R. C.; WRIGHT, J. A.; PEPE, M. S.; SEIDEL, K. D, DIETZ, W. H. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. **N Engl J Med**, 1997.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

1) Qual seu gênero?

a) () Masculino

b) () Feminino

2) Qual a sua idade? _____

3) Por favor, indique:

a) Seu peso: _____ quilogramas

b) Sua altura: _____ metros

4) Quando criança, com que frequência SEUS PAIS PERMITIAM que você fizesse as seguintes atividades:

comer doces ou chocolate	Nunca	Raramente	Eventualmente	Quase sempre	Sempre
comer batata frita ou massas	Nunca	Raramente	Eventualmente	Quase sempre	Sempre
tomar refrigerante	Nunca	Raramente	Eventualmente	Quase sempre	Sempre
comer em lanchonete <i>fast food</i>	Nunca	Raramente	Eventualmente	Quase sempre	Sempre

5) Indique sua frequência MÉDIA em lanchonetes de *fast food* (McDonalds, Habibs...):

a) () nunca.

b) () menos de 1 vez por MÊS.

c) () em torno de 1 vez por mês.

d) () em torno de 2 ou 3 vezes por mês.

e) () 4 ou mais vezes por mês.

6) Você costuma comer alimentos orgânicos (alimentos ausentes de fertilizantes sintéticos, agrotóxicos, drogas veterinárias, irradiações, sementes e animais transgênicos), APROXIMADAMENTE:

a) () nunca.

b) () menos de 1 vez por SEMANA.

c) () em torno de 1 ou 2 vezes por semana.

d) () em torno de 3 vezes por semana.

e) () 4 ou mais vezes por semana.

f) () não sei.

7) Você costuma comer frutas, APROXIMADAMENTE

a) () nunca

b) () raramente que nem lembro

c) () em torno de 1 ou 2 vez por semana

d) () mais de 3 vezes por semana

e) () diariamente

8) Você costuma comer vegetais, APROXIMADAMENTE

a) () nunca

b) () raramente que nem lembro

c) () em torno de 1 ou 2 vezes por semana

d) () mais de 3 vezes por semana

e) () diariamente

9) Você pratica atividade física (dentro ou fora de academias), EM MÉDIA

a) () nunca

b) () menos de 1 vez por SEMANA

c) () em torno de 1 ou 2 vezes por semana

d) () em torno de 3 vezes por semana

e) () 4 ou mais vezes por semana

